

年 月 日

会 津 若 松 市 長

同 意 書

下記の者は、貴職が母子保健法第21条の4第1項の規定に基づく事務手続を処理するために限って、令和 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、この事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		

- 備考 1 同意者は、世帯調書（第5号様式）に記載された者とする。  
 2 同意する者が自ら署名を行うこと。代理人が署名する場合は、本人からの委任状をあわせて提出すること。